

タイに対する日本の保健医療協力

平岡敬子*

Japan's Health and Medical Cooperation for Thailand

Keiko Hiraoka*

Japan's ODA (Official Development Assistance) has contributed to the development of many developing countries. Among these countries, Thailand is a leading recipient country of Japan's ODA. With the success of Thailand resolving its population problems over two decades, it seems that Japan's ODA is very effective in health and medical aid. This study looks closely into how Japan's medical aid policy had been developed until now in Thailand, a case study country. First, contents, characteristics, and the trend of Japanese health and medical cooperation to Thailand are reviewed in this paper. Secondly, to determine how much influence Japanese health and medical cooperation has on Thailand health policy, by focusing on "National Family Planning program", a typical example of mother and child health policy in Thailand, the author clarifies what sort of involvement Japanese health and medical cooperation has on Thai mother and child health policy and examines how contribution was made for Thai mother and child health by Japanese health and medical cooperation.

As a result, it was clarified that compared to Japan's great contribution in ODA, Japanese medical projects and Japan International Cooperation Agency (JICA), the core agency which carries out these projects, are not much known in Thailand; even though, Japan has cooperated to various programs including "National Family Planning program" to improve health care in Thailand by means of providing solid materials such as medical equipment and facilities. The cause of this is considered that Japan had given more priority in easily provided projects by Japan first than more needed projects for Thailand. However, from now on, with deepening horizontal cooperation among JICA, other support organizations, and NGOs, it needs further consideration in issues such as a formation of support system to promote health and medical cooperation and the women's reproductive health and their sexuality after successful population control in Thailand. Thus, many problems still remain in Japan's health and medical cooperation to Thailand.

Key Words (キーワード)

International cooperation (国際協力), International health (国際保健), Medical cooperation (医療援助), Thailand (タイ), ODA (政府開発援助)

はじめに

1996年、日本のODA(政府開発援助)の実績は1兆1452億円であった。そのうち、保健医療分

*呉大学看護学部開設準備室 (Organizing Office for The Faculty of Nursing, Kure University)

野の協力として393億円が使われている。ODA 全体の実績から見れば、わずか2.7%にすぎないが、保健医療分野の協力は、人間の基本的ニードである健康の獲得と維持にかかわることから、最も人道的な援助の一つとして、将来的に日本が取り組まなければならない重要な分野である。しかし、日本の医療援助は、「ハコ・モノ中心である」とか、「途上国の一部の富裕層にしか益することがない」という批判が絶えない。とりわけ、マスコミは日本が援助した医療機器が使用されずに放置されている現状などを取り上げて、日本の医療援助政策を厳しい論調で批判するが、多くの場合、それらはその時その時に個々の部分を取り上げているにすぎず、日本の医療援助政策の全体像をとらえるものではない。

そこで本論文では、日本の保健医療協力の全体像に近づく一つの方法として、タイという一国を事例に日本の医療援助政策がこれまでどのように展開されてきたのかを追求してみたいと思う。すなわち、日本はタイに対してどのような保健医療面での協力をを行い、その結果、タイ国民の健康レベルの向上にどのように貢献してきたのかを考察する。

まず第1章で、日本のタイに対する全般的な援助を概説し、第2章では日本のタイに対する保健医療協力の傾向をタイの保健指標や医療問題など、現地の保健医療事情とからめる形で浮き彫りにする。すなわち、まず現在までに日本がタイに対して行ってきた保健医療協力の内容や特徴など、日本の医療援助の趨勢をみる。次いで最近終了した3つの医療プロジェクトを素材として、さらに前述の検討を深める。第3章では、タイの保健政策と日本の保健医療協力がどのように関係しているのかを検討するために、タイの代表的な母子保健政策である「国家家族計画プログラム」を取り上げる。「国家家族計画プログラム」の概要とその評価を紹介した後に、日本の保健医療協力がタイの母子保健政策にどのように関わり、どのように貢献しているのかを吟味する。そして以上のことをふまえて、第4章では、日本の保健医療協力の

課題を提示して結びにかえる。

筆者は1995年、外務省主催の専門家養成研修に参加し、その研修の一環として、タイのバンコク並びにコンケンにおける日本の保健医療プロジェクトを視察する機会を得た。本論文では、その際、見聞した事実や関係者とのインタビューによって知り得た情報なども利用している。

一 日本のタイに対する援助

タイは東南アジアに位置し、日本企業の進出も多いことから、日本の援助供与国のなかでも最重点国の一つである。1994年のタイへの援助供与総額は、3億200万ドルであり、そのトップドナーは日本である。つまり、日本の援助額はタイが受ける世界各国の援助額の中で第一位にあり、同国が受ける援助総額の50%を占めている。これを日本と援助供与国との間の二国間ODA総額に占める割合でみると、タイに対する援助額は、1975年以降、毎年約5%から10%に相当し、また、国別援助供与額の順位で見ると、第2位から第6位の間に位置している。

1970年からタイに対して開始された無償資金協力は、年間120億円から140億円に及んでおり、1996年までの二国間援助の累積でいうとタイは第4位である。但し、タイの経済発展にともない、1992年、同国の一人当たりのGNPが1980ドルとなったことを期に、このタイプの協力は、1993年度で終了した。技術協力分野では、現在までに農業、医療等様々な分野で約8000人の研修員を受け入れ、約3500人の専門家を派遣している。そして、専門家の派遣と研修員の受け入れならびに機材の供与を組み合わせる行うプロジェクトタイプの技術協力については、農業、インフラ整備などの公共公益事業、人的資源の育成等の分野で、50件以上の案件が実施されており、その総額は841億円にのぼる。また円借款は、1967年に開始されて以来、公共公益事業、鉱工業、農業分野等に総額約8300億円が供与されている。バンコクのJICA(国際協力事業団)には、送迎要員二人を含む14名の日

本人の常勤スタッフと、14名のタイ人事務職員が勤務している。地域的に見てみると、援助プロジェクトはバンコクに集中しており、首都圏中心の援助は他の途上国と同様である。

タイに対する援助の基本方針は、外務省白書によると^(註1)、1) 開発のための人材を育成すること、2) 環境や天然資源を保全し、持続可能な利用をすること、3) 経済的社会的基盤を整備すること、4) 地方、農村の開発をすること、である。その中でも特に重点分野とされているのは^(註2)、1) インフラ整備、2) 人材育成、3) 環境、4) 地域農村開発、5) バンコク首都圏の開発、6) 都市公衆衛生、7) 民間セクター支援、8) 社会

的弱者支援、9) 比較的優位技術にかかわる基礎研究、10) 技術協力と有償協力の連携、11) 周辺地域への協力、12) APEC支援である。しかし、この内容を見る限りでは、非常に多岐に渡っており、その結果、実質的にどれが重点項目なのか分りにくい。

二 日本のタイに対する保健医療協力

1 タイの医療事情

1) 保健指標

まずは、一般的な保健指標を使って、タイの保健医療水準を概観しよう。

表1 1995年タイの保健指標

出生率	17.4	(9.6)	人口1000対
死亡率	5.9	(7.1)	〃
人口増加率	1.2	(0.4)	〃
合計特殊出生率	2.2	(1.46)	〃
平均寿命	男	66.4年	(76.3)
	女	71.1年	(82.5)
乳児死亡率	35	(4.4)	出生1000対
妊産婦死亡率	30	(9.0)	妊産婦100000対
避妊実行率	77%	(75)	
永久不妊実行率	29.9%	(7.4)	
医師：人口	1	: 4524	(1 : 581)
看護婦：人口	1	: 998	(1 : 155)
* 括弧の中は、日本の指標である。			

表1が示すとおり、特殊合計出生率（一人の女性が一生に産む子供の数）、平均寿命は先進国と

ほぼ同じであるといえる。しかし、乳児死亡率、妊産婦死亡率などは高く、医療従事者数も少ない。

これらの点については、改善の余地が多いといえる。他の途上国と比べ、避妊実行率が高いのがこの国の特徴である。既婚者の77%が何らかの避妊法を実行している、ということであらわすこの数値は、日本よりも高い。但し、このデータには未婚者は含まれておらず、一般に10代、20代の実行率は低いといわれている。

主な死亡原因は、事故、食中毒、心臓病、悪性新生物、そして結核である。食中毒や結核のような感染症以外に、心臓病、悪性新生物のような先進国に多い慢性疾患も増えつつあり、主な死亡原因を構成していることは、他の途上国にみられないタイの特徴である。また、交通事故や労働災害による事故死が非常に多いことも、急速な経済開発に環境整備がともなっていないことを表しており、経済発展過程にある途上国の特徴的現象である。

2) 保健問題とその特徴

タイの保健医療の問題を衛生行政の立場からみると以下の通りである。

まず第一に、現在、タイは健康転換の移行期にあり、二重の疾病構造をかかえている点である。すなわち、ジフテリア、麻疹、ポリオ、破傷風などの感染症の罹患率が減少し、乳児死亡率や平均余命のような主要な保健指標が改善される一方で、心疾患や悪性新生物のような先進国型の慢性疾患が増えている。しかし、農村部では寄生虫症などの感染症が相変わらず多い。また1960年代には、結核がこの国の主な死亡原因であったが、80年代後半からは循環器疾患が主な死亡原因となっている。しかしその一方で、エイズのような感染症による死亡率も高いことから、この国の主要死因は、成人病、交通事故のような都市病と呼ばれるものと感染症がモザイク状態に存在していることがわかる。このことは、衛生行政の立場からみると、健康問題が多岐に渡るため、対策の標準が定めにくいことを意味している。先進諸国では、感染症から成人病へと至る健康転換の時間は非常に長かった。ちなみに日本では、100年近い時間の流れの

中で、結核等の感染症を克服してきた。しかし、タイでは急速な工業化による経済開発の結果、健康転換のスピードもまた早く、先進諸国が100年という時間をかけたことが、この国では数十年で変わろうとしている。その結果、疾病構造の二重化という現象が起こるのである。

第二の保健問題は、都市と農村との格差である。バンコクに近代的な病院が立ち並ぶ一方、地方の医療施設には医薬品の確保すら困難なところもあり、医療設備におけるインフラの未整備などでは、医療技術にも格差が生じている。例えば、首都圏には32の県病院、5つの大学病院、ならびに22の専門病院がそれぞれ数百から数千のベッド数を持ち、患者の治療にあたっているが、農村部では、入院ベッドを持たない保健所が主たる医療施設であり、そこで助産婦、衛生士が農民の健康問題に対応している。もちろん、都市部に住めば誰でも十分な医療を受けられるとは限らない。都市部でも富裕層と貧困層では、受けられる医療の質ならびに量に大きな差がある。とりわけ、地方からバンコクに仕事を求めて流入した労働者層は、高層ビルの建築や道路工事などの危険な重労働に従事しているにもかかわらず、産業保健対策や雇用保険制度の恩恵を受けることはなく、重篤な状態に陥らない限り、医療を受ける機会は少ない。

第三の問題は、医療従事者の不足である。保健指標が示すように、人口に対する医療従事者の数は、未だ十分とは言えない。医師は人口4524人に対し一人しかおらず、人口比でいうと日本の9分の1である。看護婦は、人口998人に対し一人であり、同じく日本の6分の1である。資格を得た医療従事者の多くは、労働条件のよい施設での勤務を希望する傾向がある。保健省のような国の行政機関で働く医療従事者も同様である。保健省内の有能なベテランスタッフが、より賃金の高い民間施設へ流出しているため、一貫した政策の実現が難しいともいわれている。

第四の保健医療問題は、エイズである。現在、約80万人の患者がエイズに感染しているが、西暦2000年には500万人に増えるであろうと予測され、

その数はタイ国民の1割に相当する。特に深刻な問題は、妊婦への感染である。現在、妊婦の感染率は県によって異なり、だいたい数%から10%未満であるが、10%をこえるところもある。エイズの感染経路は主に麻薬注射や売買春である。特に都市での売春経験者が、結婚などにより、一般家庭へ入って行き、感染者が拡大するという悪循環を繰り返している^(注3)。

その他、高齢人口の増加による保健医療費の増大とそれにとまなう国家予算への影響や、保健省と他の行政機関との連携不足などの問題もある。

3) 保健行政機構と国家保健計画

タイは、プミポン国王(ラーマ9世)を元首とする立憲君主国である。その統治機構は立法機関としての二院制の国会(National Assembly)、最高裁判所(Supreme Court)そして行政を担当する13省の内閣からなり、中央行政の中心は総理府である。

一方地方の行政区分は、4地域(Region)に区分けされ、さらに73県(Province)、784郡(District)、7003区(Tambon)、63100村(Village)からなる。人口密集地区には、特別市、市、町の3種の地方自治体が設けられている。県知事と郡長は、内務省(Ministry of Interior)で推薦され、内閣の承認後、国王によって任命される。バンコクの知事のみ公選により選出される。

衛生行政を所管する保健省(Ministry of Public Health)の組織は、保健大臣の下に副大臣、次官及び大臣秘書室がおかれ、次官室ならびに、医療サービス局、衛生局、伝染病管理局、医科学局、食品医薬品局の5局が各々の所管事項を担当している。次官室は4局17課1室あり、次官の下に4人の次官補がおり、それぞれ政策計画、人材開発、衛生管理サービス、管理の4局を担当している。次官の仕事は、大臣及び副大臣を補佐することと次官室以外の5局の調整をすること、さらに72県の衛生行政を各県保健衛生事務局長の協力を得て、監督管理することである。

医療サービス局は伝染病以外の疾病に対する保

健医療サービスを提供するとともに理学療法、精神障害分野のサービスの提供、医学教育、海外研究員の派遣を担当している。衛生局は全国レベルの予防医学、治療医学を中心に、栄養、家族計画、学校保健、歯科、公衆衛生、上下水道、食品衛生及び労働衛生を担当している。後述する「国家家族計画プログラム」を担当する家族計画課は衛生局内の部署である。伝染病管理局はエイズ、性病、マラリア、ハンセン病、結核等の伝染病の予防と管理並びに予防接種の実施を担当している。医科学局は全国9カ所にある地域医学センターを管理するとともに、同国における医療施設に付帯する検査部門を含め、予防、治療に必要な検査サービスおよび医学研究の指導、管理を実施している。食品医薬品は、食品、医薬品、毒物、医療用具の取り締まりを実施している。さらにタイの保健省が日本の厚生省と大きく異なるのは、国立の医薬品工場をもっている点である。保健省は民間の医薬品会社と競合しながら、医薬品の製造と供給も行っている。

地方の医療行政組織は、72の県に衛生事務所があり、県知事により任命された県首席医務官(Provincial Health Chief Medical Officer)が県立病院、医療施設等の県レベルの地方衛生行政を所管する。各郡の衛生行政は郡衛生事務所(District Health Office)の担当であり、各県知事が管理監督し、実務は郡衛生事務所長が行っている。さらに、7003区のほとんどすべての区にヘルスセンターが1カ所あり、助産婦ならびに看護婦が最低一人ずつ常時勤務している。そこでは傷病の診断と治療、分娩介助、予防接種、栄養指導、家族計画等の業務を行っている。また、ヘルスセンターは郡立あるいは県立病院と連携し、PHCプログラム等を実施しており、地方医療の中心的存在といえる。

タイ政府は、1962年、保健施設の建設と拡充を提唱した第一次計画以来、4年ごとに国家保健計画を発表している。その発展過程を概観すると、タイ政府は一つの保健計画を遂行しながら、年代を追うごとに新しい計画をそれに上乘せしている

ようである。すなわち、1962年から76年までは、施設建設が計画のベースをなっており、1977年の第四次計画から、保健ボランティアの育成などのPHC活動の体制づくり、さらに1987年の第六次計画から住民参加のPHCの普及が盛り込まれている。現在では、それにエイズ対策が加わり、将来的には高齢化対策が国家保健計画として追加されることが予測される。ちなみに、1992年策定の第七次計画には、PHCを最重要方針とし、草の根レベルの保健施設の向上と効率化を図ることで住民参加のPHCを促進するとともに、低所得層、高齢者、子ども、障害者などの弱者の救済が盛り込まれている。また、その具体的活動方針は、1) 医療従事者の知識・技術レベルを上げること、2) 国民健康保険の現状と問題点を把握し、解決すること、3) 政府、地域の責任者のPHCにたいする意識を高めること、4) 村、地域の責任者の意

見交換によって、地域住民の健康保健問題の解決すること、5) ボランティア、主婦の知識、技術の向上をはかること、6) 地域主導の研修体制を強化すること、7) 伝統医薬品および技術を活用することである。

2 日本のタイに対する保健医療協力の趨勢

1) 日本の保健医療協力の内容

日本はタイに対して、家族計画、看護教育、PHCに関する協力など様々なタイプの保健医療協力を行っている。援助の形態は、無償資金協力とプロジェクト方式技術協力を連携して行うタイプが多く、前者で資材を提供し、後者で技術移転を行う方式を採用している。

1960年、タイに対するODAが開始されて1990年までの30年間に実施された保健医療協力プロジェクトは、表2の通りである。

表2 日本のタイに対する医療協力プロジェクト

1	ウイルス研究センタープロジェクト (1961-76)
2	中央胸部病院 (1962-70)
3	薬品研究所 (1967-80)
4	国立癌センター (1967-80)
5	ポリオ対策 (1968-70)
6	ラマチバディ医科大学眼科部門 (1968-75)
7	ラマチバディ医科大学病理部門 (1969-73)
8	地域保健活動向上計画 (1976-84)
9	看護教育 (1980-85)
10	PHC訓練センター (1983-89)
11	国立衛生研究所 (1985-90)
12	家族計画 (1974-89)

2) 日本の保健医療協力の特徴

日本の医療プロジェクトの特徴は、第一に、二次医療や病院施設を拡充するためのプロジェクトが多いことである。表2に示した12のプロジェクトのうち、9つは病院施設の拡充や研究所の設立に関するものである。一方、一次医療や地域住民に対する保健医療プロジェクトは、1968年から70年にかけて行われた「ポリオ対策」と、1974年から89年に行われた「家族計画」の2プロジェクトにすぎない。また、タイの保健医療行政上の問題の中で、最も重要なもののひとつでもある人材育成に関わる協力プロジェクトは、1980年から85年に実施された「看護教育」プロジェクトのみである。

第二に、日本の保健医療協力は、都市部への協力が多く、保健医療の遅れた農村に視点をおくというより、むしろ中央から地方を考える傾向がある。つまり、都市部の医療を充実させることで、その効果が地方へも次第に及ぶという発想であるが、都市部への協力を重点的に実施することによって、ますます都市と地方の保健医療の格差を拡大することも事実である。

第三に、施設建設の中でも特にウイルス研究センターや衛生研究所など検査、研究に関する協力が多いため、換言すれば、日本の医学者が協力し易い分野の協力が行われてきたといえよう。つまり、現地の言葉に堪能でない日本の医療関係者にとっては、タイの一部の医学者を対象とする検査・研究技術の移転のほうが、農村での住民に対する保健教育より容易である。また、日本では、あまり見られない種類のウイルスの研究に関しては、むしろ臨床サンプルのとりやすいタイの方が研究成果が期待できるため、日本の医学研究者にとっても都合のよい協力プロジェクトであったといえよう。

3) 日本の保健医療協力の評価

日本の保健医療プロジェクトに対しては、JICAの報告書を見た限り、おおむねよい評価を得ているように書かれている。しかしながら、具

体的な協力内容をみても、その評価の妥当性を問いたくなるものもある。

例えば、1967年から80年にかけて、医療専門家が派遣され、医療機器が供与された「国立癌センター」プロジェクトの10年後の評価を取り上げてみよう。当時の国立癌センターの内科医長は、タイの死因統計の変化により、癌死が3位となったことを受けて、日本の医療協力は、先見の明があったと評価している^(註4)。また、使われない機材の存在を認めながらも、少数の機器が現在でも十分に活用されていたことを賞嘆に値すると積極的に評価している。しかしながら、実際のところ供与された機材の70から80%は故障し、使用不能の状態であったことは、厳然たる事実である。レントゲンやCTスキャナーのような大型機材は、注射器や衛生材料のような消耗品とは異なる。わずか10年で使用不能になってしまえば、供与した意味が見えてこない。

さらに、同内科医長の報告書には、タイ政府の予算だけでは「国立癌センター」の機能がうまく果たせず、外国の援助に頼らざるを得ないことが暗示されている^(註5)。協力期間が終了した後、数回、彼は私的に癌センターを訪問しており、当時の病院長からプロジェクトの再開を懇願された。プロジェクトを再開し、タイの6都市に姉妹癌センターをつくるという目的を実現するため、それを支援するような評価をしているとみることが出来る。

また、1976年から84年にかけて8年間、実施された「地域保健活動向上計画プロジェクト」についても、その評価は「おおむねよい、5段階評価において4点である」とされている。このプロジェクトは、カンボジアに国境を接するチャントブリ県を拠点に、公衆衛生の基盤の整備、すなわち農村地域の保健の向上を基本理念に、地方ならびに地区の検査室の強化、疫学的サーベランス体制の強化、教育訓練、オペレーショナル・リサーチなどが行われたものである。当時としては、しばしば見られるような研究プロジェクトではなく、あくまでも地域保健活動の視点から公衆衛生を支柱

においた点は評価できる。しかしながら、実際に行われたのは、主として検査機関を拡充したことで、検査技術ならびに研究方法を指導したことであった。農村における保健の向上を実現するならば、この地域の緊喫の問題であるマラリアや下痢症にかかわる協力が重要になるはずだが、このプロジェクトにはそのような対策はない。したがって、地域住民への協力というよりはむしろ検査部門を拡充するための協力であったといえる。

このプロジェクトについては以下のような批判もある^(註6)。まず、専門家の派遣については、派遣計画に一貫性が見られず、基本計画の27.9%しか実際には派遣されていない。しかも、各専門家の都合を優先したため、プロジェクトの進行と無関係に実施されてしまった。例えば、最も早い時期に派遣されるべき疫学専門家が開始後4年目になって派遣されたため、その間必要な統計資料を準備できなかったという不都合があった。また、機材の供与に関しても、データの蓄積を行う前にコンピューターが供与され、必ずしも総額4億円の機材すべてが有効に活用されたとはいえない。さらに「公衆衛生を支柱とする総合プロジェクト」と公表されているわりには、プロジェクトの総合性が見られず、それぞれ独立した小プロジェクトの活動であるという批判もある。これに加えて、「チャンタブリだから一定の成果が上がったのだ」という意見がある。つまり、フィールドとして比較的豊かなチャンタブリ県が選定されているが、このプロジェクトはもっと貧しく、病気も多い東北タイで実施されるべきであったという指摘も無視できない。

このように、プロジェクトの細部では、専門家の派遣体制や供与機材の内容など様々な問題点があり、「おおむね良い」という評価の根拠が不透明である。

3 日本の保健医療プロジェクトの事例

現在、タイは著しい経済成長により、日本の無償援助の対象国ではなくなったことから、新たに無償協力のプロジェクトが立ち上がることはない。

そこで、最近終了した3つのプロジェクトを事例に、今日のタイに対する保健医療協力を概説する。取り扱う事例は、「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ (Global Issues Initiative: 以下GIIと略す)^(註7)」の一環として、いわば外圧による後押しを受けている「エイズプロジェクト」、有力医師が決定し、機材供与を中心とする典型的医療プロジェクトである「母子保健プロジェクト」、そして、オファー方式によって開始された「公衆衛生プロジェクト」である。いずれもプロジェクトが進行中の1995年10月に筆者が現地にて視察したものである。

1) エイズプロジェクト (1993年7月1日～1996年6月30日)

(1) 背景

これはエイズの予防対策を目的に開始されたプロジェクトである。タイ政府は、エイズ対策を実施する組織として、1991年6月28日首相を委員長とする「国家エイズ対策委員会」を設置し、特に予防対策の推進に取り組むとともに、日本に対して、技術協力を要請した。タイ政府の要望は、まず、感染者の更正施設として、400人から600人くらい収容できるリハビリテーションセンターを全国に4カ所設置すること(1センターあたり、150エーカー、1億4000万バーツ、スタッフ40人)、視聴覚機器による移動教育を実施することでエイズの衛生教育を強化すること、エイズ患者の増加にともない、地域病院にエイズ専用の診断治療機器として、レスピレーターやbronchoscopeなどの医療機器を供与すること、外国の研究者、技術者との交流や共同研究などを通して、エイズの研究と研修ならびに教育を推進することであった。

また、1994年、GIIを受けてアメリカの援助機関であるUSAID (United States Agency International Development) は、JICAに対して、コンドームの品質改善やクリニックへの資金協力、技術協力などを期待することを表明している。

(2) 実施内容

協力の内容は、現地の臨床検査技師をはじめとする医療従事者の訓練、母子感染を含むHIV感染の実験室の診断（抗体検査、ウイルス分離と特性解析）に対するレファレンス活動の向上、エイズに関する日和見感染の診断法の確立と改善、疫学的研究及び感染予測状況の調査、その他HIVに関する研究協力である。その中でも、特に検査技術の向上についての協力が中心的に行われており、ウイルスの研究者や臨床検査の専門家等40名以上の専門家が派遣され、2億3000万円の機材が供与された。

(3) 問題点

タイ政府から要請は、エイズに関する試験分析研究体制の強化と、エイズ教育の強化であるが、日本の協力は前者に傾斜している。日本の援助内容の中で、エイズの地方への拡散予防としての教育活動については、公式に外されている。また、エイズ患者自身に対するケアについての協力項目もない。そうした欠如の理由として、「他国の性文化を把握した上での協力をしないといけないが、外国人が短期間で行うのは無理がある。また、エイズ教育の専門家、エイズ患者のケアの専門家が日本にいないからである^(註8)」という説明を受けたが、実際のところ、事前調査を行った者が公衆衛生のバックグラウンドや知識をもたない映像、広報関係者であったため、現実にそぐわないものであった、という政策決定段階での不備が否めない。また、エイズの教育、エイズケアの専門家が日本にいないという理由については、感染症、末期患者ケアの専門家は日本にいるのであるから、エイズだから協力できないということはないという批判も可能である。

機材についても、臨床検査の関係の機械器具が中心的に供与されているが、この背景には、商社がタイ政府に働きかけたという経緯がある。そこにはエイズの名を借りて臨床検査装置を充実しようとした商社とタイ政府側の意図があっ

たとみることでもできるが、それらの機材は専門家にとって必ずしも使い勝手のよいものではなかった。

現在タイでは、エイズ患者が年間5600人ずつ増加の傾向にあり、若者の10%がエイズであるともいわれている。日本の対タイ援助の重点分野および課題の中に、「都市公衆衛生」という項目があり、これは深刻化するエイズ問題の対策を意味している。JICAタイ事務所も「エイズの予防、ケア、拡散化防止」を具体的目標として打ち出しており、人口の流出入の多いバンコクのエイズを地方に拡散しないようにする必要がある。しかし、このエイズプロジェクトの具体策の中には、そのような問題への対応はない。例えば、CSW (Commercial Sex Worker) へのカウンセリングや、エイズ患者との共存などについての具体的かつ柔軟な協力が求められる。

2) 母子保健プロジェクト (1991年6月1日～1996年5月31日)

(1) 背景

これは、家族計画及び母子保健活動を促進することにより、東北タイ地域の住民の保健水準を向上させることを目的に開始されたプロジェクトである。タイの中でも特に東北タイは、土壌が痩せている上、主要産物である稲作や砂糖きびの収穫が雨量に依存する典型的な農業地帯であり、所得も低い。飲料水は雨水に頼っており、衛生環境も良くない。このような状況のため乳児死亡率や妊産婦死亡率が高く、さらに家族計画の普及率が低いことから、この地域での母子保健プロジェクトが要請された。しかし、プロジェクトのフィールドとして選定されたのは、コンケンであった。東北タイの中で最も貧しいのは、Nakhon ratchasimaなどの南部5地域であり、コンケンも東北タイの中では比較的豊かな地域である。フィールドとしてコンケンが選定されたのは、後述するように日本の専門家との関係があったからだといわれている。

(2) 実施内容

プロジェクトの目標は、家族計画及び母子保健活動の増進、IEC (Information Education Communication) 活動の強化、人材養成 (教育課程2年の助産婦)、保健情報管理、調査研究などである。そしてその具体的活動内容としては、まず、母子保健担当の看護婦、医師、IEC、調整員などの長期専門家の派遣と、IEC、保健情報担当者、システムエンジニア等の短期専門家の派遣、医療関係者の日本への研修員としての招聘 (4年間に9名)、救急車、バイク等の医療および関係機材の供与、看護婦、助産婦の技術研修実施並びに再教育、教育啓蒙活動の実施、保健情報システムの開発、地域保健活動の指導である。

しかし、現場を視察したかぎり、何を具体的に実施しているのか必ずしも明確ではなかった。プロジェクト終了の間際ということも関係しているのかもしれないが、そこで専門家が行っていることは、ヘルスセンターを回り必要な機材が何であるかを聞くことであった。このプロジェクト自体が、救急車やバイク等の機材供与が中心という側面を持っていることもあるが、同行した専門家に対し、ヘルスセンターのタイ人スタッフは、入力するデータもなく、ワープロの機能しか使えないにもかかわらず、コンピューターが欲しいと要請していた。

それでもこのプロジェクトの成果としては、以下の三点が挙げられる。まず第一に、供与した機材によるものである。ヘルスセンターの助産婦や看護婦たちが、供与されたオートバイを活用して村の保健指導に回ることによって、郡内の保健教育ならびに巡回診療が促進された。また、医療機器の供与は郡病院の診療技術の向上等に寄与した。

第二の成果は、医療従事者の技術レベルの向上に寄与したことである。すなわち、毎年200~300万円の予算を投じ、年間200~300名の看護婦、助産婦等に対して、IUD (避妊リング) の挿入技術や妊産婦等の検診技術に関する再教

育を行った。その後、彼らが住民に対して健康管理に関する知識・技術を訓練指導することによって、地域住民の健康レベルが向上した。また、同時に研修員としてタイの助産婦、看護婦を日本の国立公衆衛生院、大阪母子センター、愛育会等に送り、帰国後、彼らが日本で得た新生児の集中管理、保健所の活動、愛育班活動等の知識・技術によって、プロジェクトの業務を円滑に実施することができた。

第三には、保健情報システムの開発と普及に貢献したことである。コンケン公立母子病院において、患者記録の管理とその疫学・統計解析システム、並びに家族計画にかかわる器具管理システムの設計と開発を行ったことにより、母子保健情報の様々な解析が可能となり、プロジェクトの成果が資料として把握できるようになった。また、これらのデータは、今後、タイの母子保健分野の基礎的情報ともなりうるであろう。

(3) 問題点

まずこのプロジェクトの一番の問題点は、プロジェクト自体の目的が曖昧だったため、立ち上げるのに半年もかかっていることである。このことは、日本の医療プロジェクト全般に言えることではあるが、このプロジェクトもR/D (Record of Discussion) の内容が抽象的であり、派遣された専門家たちは何を協力すべきか当初はわからず、現地の情報収集に時間を費やしている。

このプロジェクトの目的の曖昧さは、専門家の派遣にも影響を与えており、母子保健分野の協力にも関わらず、プロジェクトの最初の3年間、医療の専門家は看護婦がただ一人という有様であった。業務管理と運営を担当していた元JICA職員のチームリーダーが、厚生省に対し、再三再四、医療の専門家の派遣を要望したが、タイ政府からの要請がないという理由から、4年目にチームリーダーが医師に変わるまで、そのことは実現しなかった。これは、タイ政府自体がこの地域の保健医療に無関心であることを

暗示している。タイ政府は専門家に対する条件すら限定していないのである^(註9)。

さらに、タイの経済発展により、ヘルスセンターの機能が十分果たされていないという問題もある。すなわち、急速な経済の発展が、人々の保健医療行動を変えたのである。住民は、伝統的な家庭分娩より、高度な医療を受けられる病院での出産を希望している。実際、タイの施設分娩率は増加の一途をたどり、今や80%を超えている。この傾向はコンケン地方にも波及している。妊産婦は近くのヘルスセンターには行かず、わざわざ数10キロ先の県病院、私立病院で出産している。このことは、せっかく育てた人材をうまく活用できないことを意味している。つまり、ヘルスセンターに配属させるために教育した看護婦、助産婦が地域の母親と乳幼児の保健医療の向上に直接、役立っていないのである。

3) 公衆衛生プロジェクト(1991年9月1日~1996年8月31日)

(1) 背景

このプロジェクトも東北タイ、コンケン県における地域保健の向上を目的として始まったものである。経済発展にともないタイの人々の医療に対する需要は高まり、より近代的かつ医療資源の豊富な病院での治療を希望するようになった。そういった住民の大病院志向は大都市だけでなく、地方の都市にも波及しており、ヘルスセンターを経由せず県病院を訪れるという保健行動が、地域住民の中にもみられるようになった。その結果、地域のヘルスセンターの機能が低下している。

元来このプロジェクトは、タイ政府の限りある医療資源を有効かつ効率的に使用するためには、地域医療はどうあるべきなのか、地方の医療システムを見直す目的で開始された。前述の母子保健プロジェクトと異なる点は、このプロジェクトがタイ政府の要請ではなく日本政府の提案、すなわちオファー方式によって形成されたこと

である。1989年から3回にわたって調査団が派遣され、国別援助実施指針等をふまえて、タイ側関係者と協力の可能性が協議された結果、実施の運びとなった。プロジェクトのフィールドとして、東北タイのコンケン県が選定された理由は、コンケンが共産ゲリラを一掃するためジャングルを切り開いてつくった地域であり、農村が急速に都市化した状態にあり、その住民は、近隣のヘルスセンターよりも県の中心部にある県病院や私立病院を受診する傾向が強いからである。

(2) 実施内容

1995年当時、公衆衛生専門の医師1名と疫学の専門家1名、保健婦1名、業務調整員1名が長期専門家として派遣されており、カウンターパートである現地医師は、日本の結核予防センターに研修員として派遣された経歴をもっている。また、医療機器や保健情報・教育用としての機材も供与されていた。

このプロジェクトの特徴は、現地の人々が積極的にプロジェクトに参加することで自分たちの問題を発見し、それを自分たちで解決するというアクションリサーチの手法を採用していることである。この方法に基づき、以下のような具体的活動を行っていた。

まず第一の活動は、ヘルスセンターの診断能力と機能を充実させ、農村保健の拡充をはかるものである。農村住民がヘルスセンターを利用しやすくするのはどうしたらよいかをヘルスセンターの職員間の討議を通じて、現在の問題点を抽出し、調査を行い、解決方法を検討した。それにより、医薬品の適正価格の設定、夜間診療の導入、施設を充実させるための機材の供与等が行われた。

第二に、スラム内にプライマリヘルスケアセンターを置き、その住民に対する健康サービスの提供を行った。また、ヘルスサービスシステムの開発、プライマリーヘルスケアを行うためのコミュニティ組織の開発等が行われた。

三つ目の活動は、歯科保健に関する協力である。歯科保健婦（歯科医師と歯科衛生士の中間的存在）を地域の保健所に配置することで、特に妊産婦と小児の歯科保健の向上をはかった。ただし、実際には保健所の業務が多忙のため、歯科保健婦は歯科以外の業務をせざるをえないのが現状である。

最後に、健康保険システムの研究がある。タイの住民の35%は、健康保険を持たない。500バーツで受診が可能なヘルスカードもあるが、対象医療機関が限定されているため、健康保険としての機能を十分に果たしていない。そこで、タイ国に国民皆保険を導入するための調査を行っていた。そしてこれらの活動の結果として、コミュニティレベルの人的資源の開発を目指していた。

(3) 問題点

視察した限り、このプロジェクト自体は非常にうまく遂行されているという印象を持った。中間技術者を養成し、その経験をコンケン県以外の他県にも導入できるように、働きかけていた。また、他の先進国が実施するプロジェクトと情報交換がなされていたり、中央政府の国家開発計画に盛り込まれるような働きかけがなされている点は高く評価できるところである。

しかし、住民の大病院志向を改善し、医療の公平分配をはかるようなレファラルシステムの策定は、日本においても確立しなければならない医療問題の一つである。これは、ある程度、一次医療が浸透し、その成果が現れた結果、生じる現象でもあり、換言すれば、タイの医療レベルはそのレベルまで到達したことを意味している。実際、タイの現状を見ると、援助を必要とする開発途上国というよりは、むしろその経験を他の途上国へ伝達するという役割の方が大きいように思える^(註10)。そのような中で、あえて援助を継続するためには、明確な意義を示さなければならない。確かに急激な工業化や経済発展は社会生活に歪みや新たな欲求を生む。タ

イ国民の大病院志向もそのひとつであろう。しかし、そのような医療問題に対しても日本がさらに援助をすべきなのかどうかは別途検討すべき課題である。

また、上述の4つの活動内容に整合性がなく、小プロジェクトの集合体という見方もできるし、アクションリサーチ手法の結果をどのように分析し、協力の結果をどのように質的に評価するのが今後の課題である。

以上、日本はこれまでに数々の保健医療プロジェクトを実施してきた。次章では日本の医療援助が、タイの保健医療の向上とどう関わってきたのかを検討する。

三 タイの保健政策と日本の保健医療協力

1 タイの母子保健政策

1) 国家家族計画プログラムの概要

日本の医療援助がタイの保健医療とどのように関係しているのか、すなわちタイの人々の健康レベルの向上にどのように役立っているのかを吟味するためには、まず、タイ政府がどのような保健医療政策を実施してきたかを検討する必要がある。そこで、ここでは、日本の最近の医療プロジェクトであるエイズ、母子保健、公衆衛生と特に関係の深い母子保健分野に焦点を当てて検討する。タイ保健省が、母子保健の向上をめざした行った政策の中で、代表的なものに「国家家族計画プログラム： Thailand National Family planning program」がある。1970年、タイ政府は国家の重要政策の一つとして家族計画を打ち出し、以来その予算は年々増加されている^(註11)。そこでまず、このプログラムを通して、タイ政府による母子保健政策を時系列的に概観し、一定の評価を加えるが、この作業を前提に、日本の医療援助がタイの母子保健政策とどのように関係し、貢献しているのかを検討する。

「国家家族計画プログラム（以下FPプログラムと略す）」とは、政府の人口政策を受けて、

1970年、保健省内に設置されたものである。ここでいう人口政策とは、「高い人口増加率は、国家の経済・社会的発展をさまたげるという認識のもとに、人口増加にともなう様々な問題を解決するため、FPの普及とそれを担うボランティアを支援する^(註12)」ものである。それを統括する担当課は、タイ保健省衛生局の「家族計画課: Family Health Division Department of Health」である。そして、家族計画課は、FPサービスを提供する8000の政府施設を全国的なネットワークで監督し、1992年までに、5人中4人が避妊を実行するか、あるいは約520万人のクライアントが、政府施設のサービスを受けることをFPプログラムの数値目標とした。また、その実行のための資源として、諸外国や国際機関からの援助を積極的に利用しており、その主な援助機関の中には、USAID、UNFPA（国連人口活動基金）、世界銀行とならび、JICAも含まれている。

2) FPプログラムの5段階

タイは、避妊を実行し人口増加率を押さえることに成功した数少ない途上国の一つである。「最初は控えめで初歩的な努力から、徐々に上首尾のプログラムへと洗練されていったこのプログラムは、他の国にとっても価値あるレッスンとなるであろう」とタイ保健省の担当官は誇らしげに説明した^(註13)。実際、このプログラムの5つのステージは、USAIDの人口問題の担当部署が、近代的避妊方法の普及による国別分類に使用している。以下では5つの段階を通して、「FPプログラム」がどのように発達してきたかを概観してみたい。

(1) 初期段階 (1950~1962)

1963年以前、この国の近代的避妊法の普及率はわずか8%以下であった。避妊手術を各地の県病院で受けることはできたが、ピルやIUDなどの避妊法は都市の限られた民間の医療機関においてのみ、利用することが可能であった。1957年の世界銀行による報告は、

タイの高い人口増加率が国の経済成長に不利な要因となっていることを記したとき、人口問題がはじめて政府の指導者たちの関心となった。そこで実施された国勢調査の結果、1960年、タイの人口2700万人という数字は、予想よりも300万人も多いことがあきらかになった。そして、この時期に人口問題の議論や研究がおこなわれはじめた。

(2) 離陸期 (1963~1969)

1963年、タイの近代的避妊の普及率は8%にのぼり、第一回全国人口問題セミナーが開かれた。それに続く7年間、政府のFP計画を支援する様々な活動が行われた。すなわち、医療従事者の教育、パイロットスタディ、2つの人口研究センターの開設、さらに2つの全国セミナーの開催等々である。パイロットスタディの結果、農村の女性にFPサービスを受けたいという要望が強いということがわかった。それを受けて政府は、医師以外の者もFPサービスの提供やピルの配布にたずさわられるよう制度を変更した。今にして見れば、この時期は、政府による具体的政策が展開する前段階として、FPサービスの基礎固めを行うための期間であった。

(3) 成長期 (1970~1975)

1970年の「FPプログラム」の採択の後、政府によるFPサービスの提供システムは急速に拡大した。1970年から75年の間に、近代的避妊法の普及率は、14%から34%に上った。全国FPプログラムの指導者達は、次のような様々な決定を行い、これがのちの避妊の普及に大いに役立った。

まず、助産婦助手によるピルの処方を認めたことにより、政府の販売代理店が250から3500に拡大した。また、政府の干渉なしにFPプログラムを行う民間セクターを奨励し、助産婦助手や印刷物、ラジオを使ったFPサービスを促進した。さらに、新しく避妊法を受けたいと思う住民に対して、その方法、受けられる行政区域等の情報を提供する管理情報

システムを制度化した。

これらの決定は、サービスの拡大と強化、および将来的クライアントがその目標を達成することを支援した。

(4) 固定期 (1976~1984)

1976年から84年の間、近代的避妊法の普及率は34%から62%に上り、TFRは5.1から3.5に下がった。この変化には、次の5つの因子が貢献している^(註14)。

まず、第一に女性の永久避妊に対する制度的支援が確立されたことで、利用可能性がよりいっそう高まったことである。第二に、助産婦助手によるインプラントやIUDの処方認可したことで、利用可能性が高まった。第三に、それぞれの避妊法にたいする特別なキャンペーンと、移動ユニットの使用により、FPが拡大した。第四には、普及率の低い地域、少数民族、思春期の若者、工場労働者集団にもFPサービスが到達するよう努力した。第五には、調査、統計、報告などのデータの整備により、プログラムの管理者が地方プログラムを強化し達成度を高めることを可能にした。

多くの家族計画プログラムにより、30代半ばの層の普及率は高まった。しかし、若年層への普及をめざして、さらに家族計画プログラムは継続された。

(5) 成熟期 (1985~現在)

1985年以降も、家族計画の普及のための政府による支援活動は継続している。保健省に加えて、教育省もIUD装着キャンプを実施するなどして、FPサービスの提供にかかわるようになった。多くの政府事業は成熟期に入り、サービスの提供主体を民間セクターに委ねようとしている。その一方、タイ政府はそれを補完するサービスも継続している。1986年以降、政府のFP予算は漸次増大している。また、1984年から1987年にかけて、事業の費用対効果比は高まり、その成果は成熟段階を迎えた。さらにIUDや女性、男性の永久不

妊手術などの長期的避妊法をとる住民の数も増加し、そのことは望まぬ妊娠を避けるという意味で、母性の保護に貢献した^(註15)。

以上の政府主導の活動以外にNGOもまた、FPの支援を継続している。それによって、さらに多くのFPサービスを行う病院、クリニック、薬局が増え、その結果より多くの住民が適切な避妊法を受けられるようになった。FPプログラムにおいて、特に傑出した役割をはたしているNGOがPDA (Population and Community development Association) である。PDAは保健省の実行部隊として後述するようなユニークな活動をしている。

また、他の先進国や国際機関もタイのFPプログラムに協力しており、たとえば、USAIDはコンドームの提供と研究プロジェクトを、UNICEF (国際連合児童基金)は病院関係者の研修を、UNESCO (国連教育科学文化機関)は教材などの技術協力を行っている。

2) タイの母子保健政策の評価

約20年の間で、特殊合計出生率が6.3から1.9へ下がり、避妊の実行者が5倍にふえたことは劇的な現象である。それは、さしあたりタイの「FPプログラム」が成功したことを意味している。この点に関しては、どのような要因がTFRを下げ、避妊実行率をあげ、このプログラムを成功へと導いたのかについて、タイの保健省は以下のように分析している^(註16)。

まず、FPサービス自体が、人々にとって接近し易いものであったということが考えられる。とりわけ、農村などでは既存の組織や民間機関を使って、避妊具を配布したり、FPサービスを行ったりしている。彼らが利用できる施設は、地区、村にある政府施設と8000の薬局などの施設である。しかも、これらの避妊器具は希望者に無料で提供されていたことも、サービスの接近しやすさを助長した。また、たいていの村には、ピルやコンドームを配布するボランティア

がいたことから、ほとんどすべての住民が容易に避妊法を利用できた。加えて、医療従事者ではないボランティアの女性が、FPサービスを提供したことが、かえって農村女性には受け入れやすいという利点もあった。

また、利用できる避妊法の選択の幅が大きかったことも成功の要因である。「FPプログラム」では、7種類の避妊法を提供していた。それらは、男性・女性永久不妊手術、ピル、IUD、注射法（黄体ホルモン剤）、コンドーム、ノルプラント（黄体ホルモン剤の入ったカプセルを移植する）である。これらの避妊法の種類の豊富さが、それを利用する個々の女性のニーズに合い、彼女たちが自分達の健康を考える上で、自分にふさわしいものを選択することができた。そのことはまた、避妊法の普及率を高め、それぞれの避妊法はさらにそれを受け入れる対象を増やした。

次に、熟練したスタッフの存在も考えられる。「FPプログラム」は、管理者、サービスの提供者、フィールドワーカーなど、あらゆるレベルのスタッフの技術を高めることに高い優先順位をおいてきた。FPをさらに普及するためには、それに熟練したスタッフの存在は、不可欠である。

さらに、プログラムの管理者が、プラグマテックで、目的志向型のアプローチを取ったことも成功の要因として考えられる。彼らは、さまざまな資源、センサス、調査、記録、サービスレポートなどの人口統計学的データを利用したり、独自の調査を行うなどして、避妊法の普及率が低い地域や集団に標準を絞り、その集団への普及活動を行った。すなわち、農村の夫婦、民族的・宗教的マイノリティ、若年者など、サービスの行き届きにくい集団に対して、重点的に普及活動が実施された。

以上のようなことがタイのFPプログラムを成功に導いたようであると政府関係者は分析している。これをふまえた上で、日本の医療援助はFPプログラムにどのようにかわり、タイ

の母子保健政策に貢献してきたのであろうか。次にそれを考察する。

2 タイの母子保健政策と日本の保健医療協力との関係

少なくとも最近終了した3つのプロジェクトは、FPプログラムの成功に何らかの貢献をしたという形跡がほとんどみられない。エイズプロジェクトは、検査技術に関する協力を中心として実施されており、エイズ教育の一環としてのコンドームの普及に関する教育指導はおこなっていない。母子保健プロジェクトは、機材供与が主であり、コンケン地域のFPの実行率が低いという問題意識はあるが、実際にFPの普及に関する協力項目はない^(註17)。ヘルスセンターの機能強化、歯科保健、健康保険システムの研究などをおこなっていた公衆衛生プロジェクトも、直接的にはFPプログラムの内容に貢献していない。一見して、これらの日本の医療援助プロジェクトはそのタイトル名から、タイのFPプログラムとの関係が深そうに思えるのだが、たちいった検討をしてみると、そこに関連性を見いだすことは難しい。

FPプログラムが開始されて今日までの20年間に実施された日本の医療援助プロジェクトのなかで、FPプログラムと関連するものとしてあげるならば、1974年から89年まで実施された「家族計画プロジェクト」である。

このプロジェクトは、FPプログラムの一環として開始され、その後3度の延長を経て、15年間もの長きにわたり協力が続けられた。15年という協力期間は日本のプロジェクトの中で最長のものである。但し、最初の7年間はインファントウォーマーやドップラー（心音計）などの医療機器や広報活動用の視聴覚教材、マイクロバス等の機材供与が中心に行われ、専門家の派遣や研修員の受け入れなど本来のプロジェクト方式の援助が開始されたのは1980年になってからである^(註18)。その後、バンコクの北約240キロにある人口約95000人のナコンサワン県をモデル地域とし、その地域におけるFPの普及と母子保健の向上を旨とした広報・

教育活動を行っている。ナコンサワン県がモデル地域として選定されたのは、この県を特定化する理由があるわけではなく、地方は首都バンコクと比較すると住民の衛生状態および衛生観念が低く、医療従事者や医療施設が不足し、医療サービスが貧弱であるという一般的な認識があったからである。また、モデル地域をおくことで、協力をより効果的に行い、そこでの協力の成果を他の地域に反映させることが目的であったことから、バンコク近郊の地方都市ならどこでもモデル地域となり得たと推察される。ここで実施された主な協力の内容は、同地域の母子保健・家族計画の担当者を数週間程度、研修員として日本に迎え入れることと、車両、視聴覚機材、医療器材の供与である。専門家については、一年以上の長期に派遣されたのは業務の調整員である。医療関係者については、機材のチェックやタイで開催されるセミナーの講師、あるいはプロジェクトの評価担当として、せいぜい数ヶ月程度の派遣が行われたのみである。

日本の保健医療協力がタイのFPプログラムを中心とする母子保健政策に対し、役立った点があるならば、機材の供与面においてであろう。日本は、タイのFPプログラムに沿った側面的協力を行うのが望ましいという姿勢で、不足している医療施設や医療器具など物質面の援助として11億円もの機材を投入している。タイが自国の予算では、到底まかないきれない医療機材を援助したことは、日本のODAが間接的にこのプログラムを支援し、成功に導いたといえないこともない。しかし、このことは見方を変えれば、タイの医療行政の一部を肩代わりをしたにすぎない。このプロジェクトが15年もの長期にわたり実施されたのは、医療資材の整っていないタイ政府の強い要望があったことと、主要ドナーであるUSAIDやUNFPA（国連人口活動基金）が徐々に撤退していったため、タイ政府はそれを日本に肩がわりしてほしいと期待する意向が強かったという報告もある^(註19)。実際にタイ政府と交渉した専門家は、「タイ側は協力的で好感がもてるが、常に日本の協力規模の4～5倍を要求した」と述べている^(註20)。そうだと

すれば、タイ政府は巧みに日本の援助を継続させているとみることもできる。

タイ政府にとって必要なものは、FPの専門家ではなく、コンドームや分娩キットである。タイは医療従事者が不足しており、特に地方ではそれが顕著であるにもかかわらず、それを養成すべき日本の医療専門家への派遣要請はない。タイ側から要請されたのは、保健省とJICAとの連絡をとりながら、プロジェクトの推進を行い、全国規模とナコンサワン県の両者の仕事を調整するプランナーコーディネーターであった。つまり、タイ政府は、日本からの資金協力は積極的にうけるが、技術移転のための医療専門家の派遣は希望しないのである。このことは、タイ側にパラメディカルを養成するための資金は不足しているが、それを活用し技術者を育成する態勢やノウハウはあるということの意味している。したがって、自国の文化や習慣に疎い日本の医療専門家による技術移転ではなく、医療器材やそれを購入する資金を求めるのである。そして、それらの資金や資材を使って自国の医療専門家が人材の育成をしたり、FPプログラムを遂行する。その意味では、タイには日本の援助をうまく利用しているという評価も可能である。

タイの人口増加率を著しく減少させることに成功したのは、中央集権的行政機構を利用したトップダウン型のFPプログラムを実施したことによると考えられる。換言すれば、施設の設備や人材の育成、宣伝広告などに公的資金を投入するなど、FPプログラムに対する政府の強い支援があったことが、成功の要因である。それに加えて、公的資金のかなりの部分を海外援助から引き出している点も指摘しなければならない。1972年から1981年の間、FPプログラムに関するタイ政府からの出資額は40%以下である。残りの60%は、USAIDやUNFPA、UNICEF、日本のODAが財源となっている。たとえば、教育・広報活動に関連する予算をみると、総予算6億5400万バーツのうち、タイ政府が負担は2億1500万バーツであり、残りはJICAが1億8000万バーツ、UNFPAが1億3400

万パーツ、USAIDが1億2500万パーツを負担している。1982年以降は、USAIDなど外国の援助機関が徐々に撤退の傾向を強めたため、タイ政府の財源の占める割合が増えてはいるが、まだその40%は海外援助から引き出している。こうした数値をみてもFPプログラムの成功の要因として、タイ政府が外国からの援助を公的資金として巧みに利用したは無視できない。

また、自国のNGOを有効的に活用したことも成功の要因である。特にPDAの理事長メチャイ氏は「ミスターコンドーム」と呼ばれ、プレム政権のスポークスマンを勤めたこともある人物である。保健省は実行部隊としてこの組織を活用した。避妊法のような繊細かつ私的な問題に対して、外国人である援助国のスタッフはなかなか介入しにくい。同じタイ人である現地のNGOのスタッフが、実施主体の中心となったことは、単に言語の問題だけでなく、文化や風習を共有する者同士として、現地の住民の受け入れがよかった。また、NGOのスタッフの中には、非常に簡便にできる男性に対する不妊手術法（Non-scalpel Vasectomy）を中国から学び、街頭などで実施している。メスを使わず、15分程度で終了するこの不妊手術法は、日本では実施されていない。おそらく、清潔な手術場でメスを使用した手術しか施行しない先進国では到底学べない手術技法であろう。

また、タイ国民が比較的、性の問題におおらかなことも、FPプログラムの成功を導いたといえる。性や生殖の問題を公然と話せる文化は、FPサービスの受け入れと普及に奏功した。女性が性の問題を集団の中で公然と議論したり、あるいは、複数の男性が街頭のテントの中で、一斉に不妊手術を受けるような光景は、性に閉鎖的でプライバシーを重んじる文化圏では、決してみられないであろう。

さらに、タイ国民の信頼の厚い王室を利用したことも、成功の要因である。プミポン国王の実母が元助産婦であったこともあり、王室は積極的にこのプログラムに協力している。例えば、王の誕生日を祝う祭りの日に不妊手術のキャンペーンを

実施するなど、FPプログラムを王室が積極的に支援していることを庶民に知らしめたことも成功の要因であろう。

その他にも、FPサービスの促進のために、村の中で定期的に会合とキャンペーンが実施されたことも見逃せない。例えば、良い母親キャンペーンでは、「よい母親とは、子供は二人まで、3年あけて妊娠し、20歳を過ぎてから出産する女性のことである」という女性の生き方が奨励された。また、避妊法のメッセージを大衆につたえるために、ラジオ、有線放送などのメディアが使われ、避妊法の普及活動をするなど、効果的に娯楽性を用いることで大衆を動員し、彼らにメッセージを伝達することに成功したのである。

以上のことから、日本の保健医療協力がタイのFPプログラムを中心とする母子保健政策に対し、貢献したとするならば、専ら機材の供与面においてであり、FPプログラムを構成するFPサービスの提供や教育・広報活動、技術者のトレーニング等については、少なくとも直接的には関与していないことが明らかになった。

四 むすびにかえて 日本の保健医療協力の課題

タイの保健省、NGO、UNFPAのスタッフとの会合や日本のプロジェクトの視察を通して、日本の援助はタイ政府の保健計画や他の援助機関の援助の方向性と若干異なるのではないかという印象を強くもった。また、医療機材などハード面での協力実績のわりには、日本の医療プロジェクトや実施主体であるJICAの知名度も低い。

その原因として、保健省の職員、NGOのスタッフ、国際機関の担当者など、タイの母子保健の向上を目的として働く面々と日本の援助の実施主体であるJICAのスタッフや医療専門家との間に、ほとんど交流がないことが考えられる。JICAタイ事務所の現場関係者とFPプログラムの実行部隊であるPDAのスタッフとは初対面であった。また、日本は多国間援助としてUNFPAへ多額の資金を拠出しているにもかかわらず、UNFPA

のディレクターであるバルゴパール氏は、JICAがこの国の母子保健にたいしてどのような援助活動をしているのか全く知らない。また、同氏に日本政府によるタイ援助についての意見を求めたが、コメントがなく、むしろ日本のNGOであるJOICFP（家族計画国際協力財団）の活動に対する期待感を述べた。

また、援助の現場では援助の重複を避けて効率的に実施するため、提供者同士が集まる「ドナーミーティング」というものがある。これは非公式のミーティングであり、出欠、かかわり方等、その参加度はプロジェクトの専門家次第である。この場合、医療専門家が出席の対象となるのだが、あくまでも参加は任意である。専門家によっては参加している者もいるが、これも個人レベルでの参加であり、日本代表あるいはJICA現地事務所の代表としてではない。したがって、なかなか他の援助機関との協力関係が築けないというのが実状のようである。このように現地のスタッフとの関係が希薄ということは、換言すれば、現地情報に疎くなることを意味している。日本の援助プロジェクトの問題点の中で、必ず取り上げられる現地の情報不足は、このようなところに起因していると推察される。

日本の援助の基本的制度である要請主義も、タイの保健政策と日本の医療プロジェクトがかみ合わない原因の一つである。要請主義ということとは、その名の通りプロジェクトの決定はタイ側の要請次第ということになるのだが、実際のところ、この制度の運用についてタイ政府は熟練していない。日本側がプロジェクトの策定資料の善し悪しやプロジェクトを立ち上げる理由の明確さなどをもとにして優先順位をつけ、毎年の必要に応じた数や分野のプロジェクトを選択しているのが実状である^(注21)。全協力分野を通してタイ政府に対し、要請させるプロジェクト案件は、毎年200から300件である。そして、それらの案件のうち採用されるのは、だいたい10件程度であるといわれている^(注22)。このような方法では、援助プロジェクトの採択とタイ保健省の母子保健政策とがかみ合わ

ないどころか、医療プロジェクト自体が採択されない可能性すらある。一方、米国等の他の先進国は、Policy basis あるいは Program basis で援助案件を採択している。米国の援助機関であるUSAIDの場合、援助の対象国であるタイ政府が、その年にどのような方針を立て、どの部局がどのようなプロジェクトを計画し、またその規模はどの程度でどのくらいの期間実施するのか等の政策事項に関して、事前にタイ政府に打診する^(注23)。そして、それを元に援助プロジェクトを計画している。たとえば、1981年から86年、タイの保健政策の重点項目の一つである「貧困及び地域格差の是正」をうけて、USAIDは、農村地域の家族計画及び医療サービスの向上を援助目標とした。同様に、世界保健機構（WHO）も、農村を中心としたエイズ、マラリア等の感染症対策、家族計画、予防接種等に対し、年間500万ドルの援助を行っている。しかし同じ時期、日本の医療協力の中には、そのような援助プロジェクトは見あたらない。日本の援助システムが単年度予算をとらざるを得ないこともまた、来年の援助予算を確実に保証できないことから、タイの国家経済社会開発の5年計画と並行的なまた補完的な保健医療プロジェクトを打ち出しにくくさせていると考えられる。

タイの母子保健政策と日本の援助プロジェクトの方向性が異なるのは、タイに必要な援助よりも、日本が実施できる援助をしてきたからである。その結果、日本のエイズプロジェクトにはエイズ教育がなかったり、母子保健プロジェクトとして、機材の供与を中心に15年間も継続してきたのであろう。要請主義、単年度予算に伴う制度上の問題は、早急に克服できるものではないが、少なくとも「血税」が投入されて援助プロジェクトは成立するのだから、納税者の一人として、タイの国民の保健医療の向上に対し有益な援助を願うところである。また、FPプログラムでは、積極的な人口抑制が先行するため、妊産婦や新生児の健康問題などの母子保健に関する課題が取り残される傾向にある。そのようなところに日本の母子保健プロジェクトが焦点を当てて、主体的に関わるのも

一つの方法である。そして、援助の結果から、タイ政府に対する政策の提言を引き出すことも可能である。今後は他の援助機関やNGOと横の連携を深めながら、保健医療協力を行うための援助システム作りが必要であろう。また、人口抑制に成功した後のタイ女性の性と生殖にかかわる健康の問題など、日本のタイに対する保健医療協力の課題はなお多く残されている。

註

- 1) 外務省経済協力局編, 1997, 『我が国の政府開発援助』上巻, 国際協力推進協会.
- 2) 「対タイ援助の重点分野および課題」についてのJICAタイ事務所による説明(1995年10月24日, バンコク).
- 3) 一般的にいて、都市で売春をした女性は故郷に帰りにくく、一生都市で生活せざるを得ない傾向にあるが、東北タイの貧しい農村では、女の子がバンコクで売春をして、家族のために稼ぐという行為に対し、共同体の中で暗黙の合意がある。したがって、彼女たちの多くは、一定の期間バンコクで働いた後、故郷にかえる。農民たちも、彼女たちを温かく迎え入れるのである。
- 4) JICA医療協力部, 1988, 『タイ国保健医療協力事後調査団報告書』, JICA, p. 5.
- 5) 同上, p. 7.
- 6) 長谷川恩, 1985, 「公衆衛生プロジェクトの選択と形成における問題点」, 国際協力研究, Vol. 1, No.2, 72-80.
- 7) 途上国における人口増加の傾向とエイズの蔓延は、人類が協力して取り組むべき地球規模の問題である、という米国クリントン大統領の発案により、1994年2月、日米(日本側は当時の細川護国首相)で協議した後、西暦2000年までに日米で協力して、人口問題・エイズ分野の援助を行うことが決定された。
- 8) エイズプロジェクトのコーディネーター牧野千明氏とのインタビューによる(1995年10月24日, バンコク).
- 9) 前述のチームリーダーは、「タイの中央政府には長期的展望がない。地方のことはどうでもよいという態度である」と、激怒していた。また、バイクなどの供与した機材が有効に使われていると述べたが、再び、このプロジェクトリーダーによれば、「供与した2億円の機材がすべて有効活用されているわけではない。オートクレーブはその導入直後、ディスプレイザブル(使い捨て)の注射器が使われるようになったため、今は使用されることがなくなり倉庫の中にある。保育器はウォーマーとしてのみ使用されている。有効活用できるような指導を徹底すべきだった」と述べている。
- 10) 例えば、「南南協力」のようにタイの経験を他の東南アジア地域に協力することで役立てることも一つの方法である。実際、タイ政府からはインドシナ援助を一緒にやりたいという要請がきている(吉沢四郎, 高柳先男, 1995, 『日本のODAの総合的研究』, 中央大学出版, p. 307).
- 11) ちなみに1988年の予算は42280万バーツであり、それは10年前の3.7倍、5年前の1.37倍である(国際協力事業団, 1989, 『タイ・家族計画プロジェクト評価調査団報告書』, 国際協力事業団, p. 5).
- 12) Family Health Division Department of Health, 1995, Thailand: National Family Planning Program, p. 1.
- 13) 保健省家族計画課の担当官(Ms. Rachaneewan)とのインタビュー(1995年10月25日, バンコク)
- 14) idid., Family Health Division Department of Health, p. 3.
- 15) idid., Family Health Division Department of Health, p. 4.
- 16) idid., Family Health Division Department of Health, p. 10-12.
- 17) 国際協力事業団, 1991, 『タイ王国家族計画・母子保健プロジェクト事前調査団報告書』, 国際協力事業団, p. 1-3.
- 18) 国際協力事業団, 1989, 『タイ・家族計画プロジェクト評価調査団報告書』, 国際協力事業団, p. 5.
- 19) 国際協力事業団, 1988, 『タイ国家族計画プロジェクト巡回指導調査団報告書』, 国際協力事業団, p. 23.

- 20) 国際協力事業団, 1980, 『タイ国家族計画プロジェクト計画打ち合わせチーム報告書』, 国際協力事業団, p. 10.
- 21) 総理府の技術協力局が無償資金協力, 技術協力の要請案件のとりまとめを担当する。同局は委員会に諮ったのち, 援助国に対し正式に要請する。研修員の派遣と専門家の受け入れの要請は, 委員会に諮られることなく, 技術協力局によって, 直接要請ができる。日本の無償資金協力, 技術協力の新規案件は, 毎年, バンコクと東京の交互で開催されている年次協議において決定される。
- 22) 吉沢四郎, 高柳先男, 1995, 前掲書, 中央大学出版, pp. 150-151.
- 23) 同上, pp. 132-133.